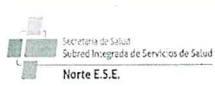


|                                                                                   |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                          |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
|  |                                                                                                                                                                           | INVITACIÓN A COTIZAR                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                          | CÓDIGO : AP-CT-F-04-04                      |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                           | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                 |                    |                          | VERSIÓN : 4                                 |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                          | PÁGINA : 1 DE 2                             |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA : 12/06/2018 |                          |                                             |
| INVITACIÓN A COTIZAR No. 042-2019 S.NTE                                           |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                          |                                             |
| OBJETO A CONTRATAR                                                                |                                                                                                                                                                           | SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO - QUIRURGICOS PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN TODAS SU SEDES |                    |                          |                                             |
| ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO                                              |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                          |                                             |
| Item                                                                              | Nombre / Descripción                                                                                                                                                      | Unidad de medida                                                                                                                                                                                                                                                  | Cantidad           | Consumo Promedio Mensual | Especificación Técnica                      |
| 1                                                                                 | TUBO DE CONEXIÓN DE PRESION PARA INYECCION DE ACEITE                                                                                                                      | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 2                                                                                 | VITRECTOR NEUMATICO DE 23 Ga. DE DOBLE GILLOTINA                                                                                                                          | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 3                                                                                 | MANGUERA DE INTERCAMBIO DE AIRE FLUIDO CON FILTRO.                                                                                                                        | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 4                                                                                 | ADAPTADOR PARA EXTRACCION DE AIRE                                                                                                                                         | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 5                                                                                 | CAMISA DE INFUSOR PARA VITRECTOR DE 20 Ga.                                                                                                                                | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 6                                                                                 | SET DE IRRIGACION CONTROL DE PRESION INTRAOCULAR                                                                                                                          | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 7                                                                                 | SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON                                                                                                                                    | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 8                                                                                 | TUBO DE INFUSION DE ALTA VELOCIDAD 20G                                                                                                                                    | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 9                                                                                 | CUCHILLETE CON MANGO 2,75Mm                                                                                                                                               | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 10                                                                                | TIP ULTRASONIDO DE 30 GRADOS 9MM                                                                                                                                          | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 11                                                                                | CAMARA ANTERIOR                                                                                                                                                           | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 12                                                                                | PEP 2.4 MM TIP DE ULTRAONIDO                                                                                                                                              | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 13                                                                                | PEP 2.4 MM MANGO DE INFUSION                                                                                                                                              | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 14                                                                                | FUENTE DE LUZ OCULED 23GA COOLWHITE SPOT                                                                                                                                  | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 15                                                                                | FUENTE DE LUZ OCULED 23GA-COOLWHITE WIDE-ANGLED SHIELDED                                                                                                                  | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 16                                                                                | ADAPTADOR CON PROTECTOR PARA JERINGA                                                                                                                                      | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 17                                                                                | FORCEPS BIPOLAR                                                                                                                                                           | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 18                                                                                | VITRECTOR DE ALTA VELOCIDAD 23                                                                                                                                            | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 19                                                                                | SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO                                                                                                                                        | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 20                                                                                | FIBRA OPTICA 23G GREEN                                                                                                                                                    | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 21                                                                                | ENDOPROBE C 23G/0.6MM                                                                                                                                                     | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 22                                                                                | AZUL TRYPAN                                                                                                                                                               | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       |                                             |
| 23                                                                                | VALVULA DE GLAUCOMA                                                                                                                                                       | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       |                                             |
| 24                                                                                | AZUL PARA RETINA ILM                                                                                                                                                      | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       |                                             |
| 25                                                                                | AZUL PARA RETINA ILM Y ERM                                                                                                                                                | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       |                                             |
| 26                                                                                | GAS PARA RETINA                                                                                                                                                           | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 27                                                                                | ACEITE PESADO PARA RETINA DENSIRON 68                                                                                                                                     | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 28                                                                                | CANULA DE LEWICKY                                                                                                                                                         | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 29                                                                                | PINZA DE BONN 0.12mm 1X2 DIENTES CON PLATAFORMA DE 5mm, MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL DE 100mm. UTILIZADA PARA AGARRAR TEJIDO                                               | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 1                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 30                                                                                | PINZA MACPHERSON ANGULADA 12mm, DESDE LA PUNTA A LA CURVA. EJE CONICO HASTA 0,175mm. MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL DE 100mm. SE UTILIZA PARA IMPLANTAR LENTES INTRAOCULARES | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 1                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 31                                                                                | PINZA DE RELOJERO. PINZA RECTA No.3 MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL 100mm                                                                                                     | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 1                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 32                                                                                | PORTA AGUJAS (BARRAQUER) MORDAZA CURVA DE 6mm. LONGITUD TOTAL DE 120mm. CON BLOQUEO. SE UTILIZA PARA SUJETAR LA AGUJA Y REALIZAR VARIOS TIPO DE SUTURA                    | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 1                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 33                                                                                | BLEFAROSTATO CON TORNILLO (LIBERMAN) HOJA SOLIDA, AMPLIACION CONTROLADA POR TORNILLO                                                                                      | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 1                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 34                                                                                | PINZA DE CAPSULORREXIS (UTRATA) PUNTA DE CISTITOMO, RECTA DE 11mm DE LONGITUD. MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL 100mm. DISEÑADA PARA INCISIONES DE 1.8mm                       | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 5                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 35                                                                                | VANNAS SCISSORS                                                                                                                                                           | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 36                                                                                | Marcador Osher25 ga.                                                                                                                                                      | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 37                                                                                | Esponjas expandidas                                                                                                                                                       | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 38                                                                                | Rotador de Nucleo                                                                                                                                                         | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 39                                                                                | WET FIELD ERASER 20-23GA, TAPERED FINE TIP STRAIGHT                                                                                                                       | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 40                                                                                | OSHER TERMODOT MARKER 25GA, FINE TIP                                                                                                                                      | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 41                                                                                | DRAPE FULL BODY APERTURE 140 CM L 244 CM W                                                                                                                                | UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                            | A DEMANDA          | 20                       | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |

|    |                                                             |        |           |    |                                             |
|----|-------------------------------------------------------------|--------|-----------|----|---------------------------------------------|
| 42 | MARKING PAD GENTIAN VIOLET FLAT                             | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 43 | SPONGE 400122 KERACEL 20PK CHAYETT RING                     | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 44 | PHACO GLIDE 20MM L 2.75MM W                                 | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 45 | LASIK EXPANDED SPEAR                                        | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 46 | NUCLEUS ROTATOR 45DEG 9MM                                   | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 47 | Visitec® I-Ring Pupil Expander                              | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 48 | SPONGE 400106 20PK CORNEAL LIGHT SHIELD                     | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 49 | DEVICE 221262 ERASER 4PK 20G ACTIVE ASP                     | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 50 | DEVICE 221267 ERASER 5PK 25G STRAIGHT                       | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 51 | WET-FIELD® Eraser®, 23GA FINE TIP, STRAIGHT                 | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 52 | CABLE 221202 WET-FIELD 3PK REUSABLE                         | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 53 | CABLE 22135050 WET-FIELD 50PK DESECHABLE                    | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 54 | SLIT KNIFE 3.2MM ANGL SNGL BEV W/SAFETY                     | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 55 | SLIT KNIFE 2.75MM ANGL SNGL BEV W/SAFETY                    | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 56 | SLIT KNIFE ANGL DBL BEVEL                                   | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 57 | KNIFE 55 DEG BEV UP MATTE CRESCENT S/SU                     | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 58 | CANULA BLAKFLUSH SINGLE-USE 23GA                            | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 59 | BANDA CIRCULAR ESTILO 41                                    | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 60 | LENTE INTRAOCULAR ESCLERAL DE                               | UNIDAD | A DEMANDA | 20 |                                             |
| 61 | LLAVE REUSABLE PARA TIP DE ULTRASONIDO                      | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 62 | LENTE PLEGABLE PARA FACO TODAS LAS DIOPTRIAS                | UNIDAD | A DEMANDA | 30 |                                             |
| 63 | LENTE INTRAOCULAR RIGIDO TODAS LAS DIOPTRIAS                | UNIDAD | A DEMANDA | 40 |                                             |
| 64 | SOLUCION OFTALMICA HIALURONATO                              | UNIDAD | A DEMANDA | 30 |                                             |
| 65 | HIDROXIPROPILMETILCELULOSA                                  | UNIDAD | A DEMANDA | 40 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 66 | CUCHILLETE CON MANGO 15º                                    | UNIDAD | A DEMANDA | 40 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 67 | ACEITE DE SILICON                                           | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 68 | BANDA CIRCULAR ESTILO 240                                   | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 69 | CUCHILLETE CON MANGO VITRECTOMIA DE 20 G                    | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 70 | CUCHILLETE CON MANGO CRECENT                                | UNIDAD | A DEMANDA | 40 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 71 | PERFLUOROCARBONO                                            | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 72 | TREPARNO DONANTE                                            | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 73 | TREPARNO RECEPTOR                                           | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 74 | IMPLANTE OCULARES MATRIX                                    | UNIDAD | A DEMANDA | 20 |                                             |
| 75 | CONFORMADORES                                               | UNIDAD | A DEMANDA | 20 |                                             |
| 76 | MICROESPONJA WECK CELL PAQUETE DE ESPONJA                   | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 77 | PAPEL REGLA PAQUIMETRO                                      | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 78 | SET DE CRAWFORD ADULTO                                      | UNIDAD | A DEMANDA | 25 |                                             |
| 79 | SET DE CRAWFORD PEDIATRICO                                  | UNIDAD | A DEMANDA | 25 |                                             |
| 80 | SET RETRACTORES DE IRIS                                     | UNIDAD | A DEMANDA | 20 |                                             |
| 81 | CASSETTE PARA FACOEMULSIFICACION                            | UNIDAD | A DEMANDA | 12 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 82 | KIT DE FACOEMULSIFICADOR                                    | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 83 | KIT DE RETINA                                               | UNIDAD | A DEMANDA | 6  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 84 | 15 GRADOS RECTO BEAVER XSTAR                                | UNIDAD | A DEMANDA | 40 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 85 | LENTES DE FIJACION ESCLERAL                                 | UNIDAD | A DEMANDA | 10 |                                             |
| 86 | PINZA PARA RETINA TANO                                      | UNIDAD | A DEMANDA | 4  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 87 | MANGO PARA PINZA DE RETINA TANO                             | UNIDAD | A DEMANDA | 10 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 88 | FIBRAS OPTICAS DE XENON                                     | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 89 | SLEEVP 270                                                  | UNIDAD | A DEMANDA | 10 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 90 | EXTRACTOR DE ACEITE DE XILICONA                             | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 91 | IMPLANTE VALVULAR DE AHMED                                  | UNIDAD | A DEMANDA | 5  |                                             |
| 92 | PINZA LIMITANTE ITERNA                                      | UNIDAD | A DEMANDA | 4  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 93 | LENTES DE CAMARA ANTERIOR TODAS LAS DIOPTRIAS               | UNIDAD | A DEMANDA | 4  |                                             |
| 94 | STOPPER                                                     | UNIDAD | A DEMANDA | 10 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 95 | CANULAS DESECHABLES PARA IRRIGACION DE DIFERENTES DIAMETROS | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 96 | JERINGAS DE 20 CC PARA EXTRACCION DE XILICON                | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 97 | CANULAS DE SIMCOE                                           | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |
| 98 | LENTES PARA FACO DIOPTRIAS NEGATIVAS                        | UNIDAD | A DEMANDA | 20 |                                             |
| 99 | CANULAS IRRIGACION DESECHABLE 40*22 MM 27 G                 | UNIDAD | A DEMANDA | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LA SUBRED NORTE |

#### CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

|                                           |                                                                                                                |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN | 28/03/2019                                                                                                     |
| CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS            | Fecha: 01/04/2019<br>Hora: HASTA LAS 3:00 PM<br>Lugar: CAPS CHAPINERO. CALLE 66 # 15-41 PISO 1 CORRESPONDENCIA |

|                                                                |                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS                             | Fecha: 01/04/2019<br>Hora: A LAS 3:10 PM<br>Lugar: CAPS CHAPINERO. CALLE 66 # 15-41 PISO 3 COMPRAS |
| EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS | ENTRE EL 01/04/2019 Y EL 04/04/2019                                                                |
| PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES                                | 04/04/2019                                                                                         |
| OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES                               | 05/04/2019 HASTA LAS 12:00 PM                                                                      |
| RESPUESTA A OBSERVACIONES                                      | 05/04/2019                                                                                         |
| FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA           | DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES                |

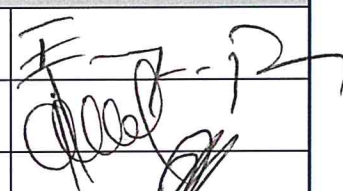
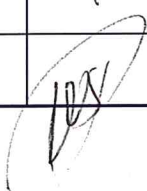
  

| DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>JURÍDICOS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)</li> <li>2. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)</li> <li>3. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)</li> <li>4. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS)</li> <li>5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT</li> <li>6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT</li> <li>7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150%</li> <li>8. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL)</li> <li>9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS</li> <li>10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS</li> <li>11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS</li> <li>12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS</li> <li>13. CERTIFICACIÓN BANCARIA</li> </ol> |  |
| <b>SARLAFT</b><br>PERSONA JURÍDICA Y PERSONA NATURAL (PARA SER HABILITADO SE DEBEN PRESENTAR LOS DOS FORMULARIOS) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FORMULARIOS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA Y NATURAL SARLAFT EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED).</li> <li>2. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO (SOLO SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR).</li> <li>3. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD).</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| NOTA: SE DEBEN DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE PONER N/A.<br>TODOS LOS CONCEPTOS DE INGRESO DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE SOPORTADOS. (ARRENDAMIENTOS, VENTA ACTIVOS, HERENCIAS, LEGADOS, DONACIONES, ETC.)<br>SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>TÉCNICOS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CON LA OFERTA SE DEBE ALLEGAR REGISTRO INVIMA DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS.</li> <li>2. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA.</li> <li>3. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS CCBPM O CONCEPTO TÉCNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS).</li> <li>4. ADJUNTAR LAS FICHAS TÉCNICAS DE LOS PRODUCTOS A OFERTAR.</li> <li>5. EL OFERENTE DEBE CERTIFICAR EL NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE TECNOSIGILANCIA.</li> <li>6. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE TENER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y/O CUNDINAMARCA BODEGA O CONTRATO CON OPERADOR LOGÍSTICO DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS POR ENTIDADES COMPETENTES PARA SU FUNCIONAMIENTO Y SOPORTE CAPACIDAD DE ENTREGA (DEL CUAL DEBE ANEXAR DOCUMENTO), INDICANDO DATOS DE UBICACIÓN DE LA MISMA COMO SON: DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, PERSONA DE CONTACTO Y VEHÍCULOS DE DISTRIBUCIÓN.</li> </ol>                                                                                                                                                                    |  |
| <b>ECONÓMICOS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR UNITARIO TOTAL, POR CADA UNO DE LOS ÍTEMS OFERTADOS. SE DEBE PRESENTAR TAMBIEN EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA.</li> <li>2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.</li> <li>3. EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |

| CRITERIOS DE EVALUACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jurídicos               | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SARLAFT                 | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. PARA QUE LA PROPUESTA SEA HABILITADA SE DEBEN PRESENTAR LOS DOS FORMULARIOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Técnicos                | CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Económicos              | SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA, SARLAFT Y TÉCNICAMENTE.<br>SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR UNITARIO TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. SE DEBE PRESENTAR TAMBIEN EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA.<br>LA CUAL DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.<br>LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN.<br>SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN. |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                    |            |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|------------|
| Criterios de Desempate                                                  | EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN:<br>1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ.<br>2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                    |            |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                    |            |
| Valor                                                                   | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 60.000.000 | No.                | 597        |
| Rubro Presupuestal                                                      | MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | Fecha del CDP      | 20/03/2019 |
| CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                    |            |
| Forma de pago                                                           | NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            | Plazo de ejecución | (1) UN MES |
| FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                    |            |
| Sitio de entrega                                                        | EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                    |            |
| Garantías de exigibilidad                                               | A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.<br><br>B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |            |
| Obligaciones del Contratista                                            | <b>GENERALES:</b><br><br>1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.<br>2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.<br>3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.<br>4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .<br>5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.<br>6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.<br>7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.<br><br>8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.<br>9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.<br>10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.<br><b>ESPECÍFICAS</b><br>1. Presentar informes mensuales de avance y cumplimiento de las actividades, acompañados de los soportes correspondientes en lo relacionado con la facturación.<br>2. El ingreso del todo material debe realizarse en su empaque original, contramarcado de acuerdo a lo ofertado y según lo solicitado a través del almacen de cada unidad de las E.S.E<br>3. Los elementos entregados en la E.S.E, deberán corresponder en marca y precio con lo ofertados y aprobados en el contrato.<br>4. Comunicar al supervisor del contrato con antelación las modificaciones al número de referencia o características del Kit por causas técnicas indicando la antigua y la nueva denominación, así como en caso de cambio de presentación del número del sistema. El precio del nuevo sistema deberá homologarse al adjudicado corriendo a cargo del contratista el costo adicional que requiere dicho cambio.<br>5. El contratista deberá dar cumplimiento al despacho de los materiales, dependiendo de la solicitud hecha por los diferentes servicios, teniendo en cuenta la fecha y hora del procedimiento, con el fin que los materiales estén el día anterior en la Subred y puedan ser oportunamente esterilizados y no se generen retrasos en la programación quirúrgica.<br>6. Si el Registro Invima se encuentra proximo a vencer debera adjuntar el radicado de solicitud del registro Invima. |            |                    |            |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | <p>7. CAMBIO POR VENCIMIENTO y/o VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS. Se establece que la fecha de vencimiento de los insumos no podrán ser inferior a dos (2) años ó el 75% de la vida útil, declarada en el registro sanitario, al momento de la recepción técnica del insumo en la institución, teniendo en cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas para el producto por el fabricante quien debe asegurarlas hasta entregar los insumos en las unidades de la Subred Norte, si es a través de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento.</p> <p>* El proveedor se comprometerá a cambiar los insumos cuya fecha de expiración sea menor a seis (6) meses, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de notificación, aun cuando los contratos celebrados con la Subred cumplan su vigencia y/o vencimiento.</p> <p>* Para lo anterior el proveedor debe anexar carta de compromiso de suministrar los productos con vida útil mayor al 75% y si es inferior debe cambiar el 100% de los productos que no se alcancen a consumir antes de su fecha de vencimiento.</p> |                                                                                                                              |
| <b>ACLARACIONES</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |
| En caso de aclaraciones | EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES AL CORREO ELECTRÓNICO: <a href="mailto:comprasrednorte1@gmail.com">comprasrednorte1@gmail.com</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              |
| ANEXOS                  | <p>FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES:</p> <p>ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.</p> <p>ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES.</p> <p>ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.</p> <p>ANEXO 4: SARLAFT PERSONA JURÍDICA Y SARLAFT PERSONA NATURAL.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |
| <b>APROBACIÓN</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |
| Firmas                  | Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA                   |
|                         | Nombre y Firma Dirección de Contratación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS             |
|                         | Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS ( E )  |
|                         | Nombre y Firma Gerente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ      |

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Marzo 20 De 2019

CDP. No.

597

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO  
CERTIFICA:

ORIGINAL

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232010201020000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23201020102

NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 3,261,011,253.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 7,426,615,825.00

SALDO DE APROPIACION : 10,687,627,078.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,  
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,  
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS PARA LOS DIFERENTES PRO  
CEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRURGICOS PARA USUA

POR UN VALOR INICIAL DE : 60,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

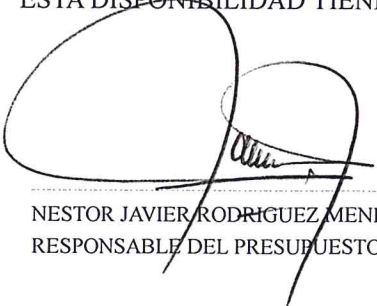
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 60,000,000.00

SESENTA MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

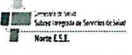
SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE  
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 3,261,011,253.00  
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 7,366,615,825.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (287 ) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

  
NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ  
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

Durres

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          | <b>ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS</b>                                     |                  |                                                  |                        | CÓDIGO : AP-CT-F01-05                             |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN |                  |                                                  |                        | VERSIÓN : 5                                       |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        | PÁGINA : 1 DE 2                                   |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        | FECHA : 12/06/2018                                |      |
| Fecha de Solicitud D/M/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          | 05/03/2019                                                                        |                  | Fecha de Recibido D/M/A                          |                        |                                                   |      |
| <b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| Nombre del Solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                          | NANCY STELLA TABARES RAMIREZ                                                      |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| Proceso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          | SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.                                                |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| Correo Electrónico y teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                          | esterilizacion.suba@subrednorte.gov.co                                            |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| PAA ( X ) : PROYECTO ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          | SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO                                            |                  | JENNY MARCELA MUÑOZ C/ PROFESIONAL ESPECIALIZADO |                        |                                                   |      |
| <b>OBJETO A CONTRATAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRURGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN TODAS SU SEDES                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| <b>JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. a fin de dar cumplimiento a los postulados de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2017 y sus Decretos reglamentarios y en ejercicio de la función misional que le compromete, SE REQUIERE CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS PARA PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| <b>DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          |                                                                                   |                  |                                                  |                        |                                                   |      |
| Ítem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nombre / Descripción                                     | Cantidad                                                                          | Unidad de medida | Promedio consumo mensual                         | Especificación Técnica | Observación                                       | *PAA |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TUBO DE CONEXIÓN DE PRESION PARA INYECCION DE ACEITE     | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | VITRECTOR NEUMATICO DE 23 Ga. DE DOBLE GILLOTINA         | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MANGUERA DE INTERCAMBIO DE AIRE FLUIDO CON FILTRO.       | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ADAPTADOR PARA EXTRACCION DE AIRE                        | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CAMISA DE INFUSOR PARA VITRECTOR DE 20 Ga.               | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SET DE IRRIGACION CONTROL DE PRESION INTRAOCULAR         | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SISTEMA SOLO USO HPS 1/A PARA MEGATRON                   | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TUBO DE INFUSION DE ALTA VELOCIDAD 20G                   | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUCHILLETE CON MANGO 2,75mm                              | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TIP ULTRASONIDO DE 30 GRADOS 9MM                         | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CAMARA ANTERIOR                                          | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PEP 2.4 MM TIP DE ULTRASONIDO                            | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PEP 2.4 MM MANGO DE INFUSION                             | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FUENTE DE LUZ OCULED 23GA COOLWHITE SPOT                 | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FUENTE DE LUZ OCULED 23GA-COOLWHITE WIDE-ANGLED SHIELDED | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ADAPTADOR CON PROTECTOR PARA JERINGA                     | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FORCEPS BIPOLAR                                          | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | VITRECTOR DE ALTA VELOCIDAD 23                           | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SISTEMA TROCAR DE 23G UN SOLO PASO                       | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FIBRA OPTICA 23G GREEN                                   | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ENDOPROBE C 23G/0.6MM                                    | 20                                                                                | UNIDAD           | 20                                               |                        | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |      |

430  
1203-19  
Quil  
11-203-17  
21

|    |                                                                                                                                                                           |    |        |    |                                                   |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|----|---------------------------------------------------|--|
| 22 | AZUL TRYPAN                                                                                                                                                               | 20 | UNIDAD | 20 |                                                   |  |
| 23 | VALVULA DE GLAUCOMA                                                                                                                                                       | 20 | UNIDAD | 20 |                                                   |  |
| 24 | AZUL PARA RETINA ILM                                                                                                                                                      | 20 | UNIDAD | 20 |                                                   |  |
| 25 | AZUL PARA RETINA ILM Y ERM                                                                                                                                                | 20 | UNIDAD | 20 |                                                   |  |
| 26 | GAS PARA RETINA                                                                                                                                                           | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 27 | ACEITE PESADO PARA RETINA DENSIRON 68                                                                                                                                     | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 28 | CANULA DE LEWICKY                                                                                                                                                         | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 29 | PINZA DE BONN 0.12mm 1X2 DIENTES CON PLATAFORMA DE 5mm, MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL DE 100mm. UTILIZADA PARA AGARRAR TEJIDO                                               | 1  | UNIDAD | 1  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 30 | PINZA MACPHERSON ANGULADA 12mm, DESDE LA PUNTA A LA CURVA. EJE CONICO HASTA 0.175mm. MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL DE 100mm. SE UTILIZA PARA IMPLANTAR LENTES INTRAOCULARES | 1  | UNIDAD | 1  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 31 | PINZA DE RELOJERO. PINZA RECTA No.3 MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL 100mm                                                                                                     | 1  | UNIDAD | 1  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 32 | PORTA AGUJAS (BARRAQUER) MORDAZA CURVA DE 6mm. LONGITUD TOTAL DE 120mm. CON BLOQUEO. SE UTILIZA PARA SUJETAR LA AGUJA Y REALIZAR VARIOS TIPO DE SUTURA                    | 1  | UNIDAD | 1  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 33 | BLEFAROSTATO CON TORNILLO (LIBERMAN) HOJA SOLIDA, AMPLIACION CONTROLADA POR TORNILLO                                                                                      | 1  | UNIDAD | 1  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 34 | PINZA DE CAPSULORREXIS (UTRATA) PUNTA DE CISTITOMO, RECTA DE 11mm DE LONGITUD. MANGO PLANO. LONGITUD TOTAL 100mm. DISEÑADA PARA INCISIONES DE 1.8mm                       | 5  | UNIDAD | 5  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 35 | VANNAS SCISSORS                                                                                                                                                           | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 37 | Marcador Osher25 ga.                                                                                                                                                      | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 40 | Espojas expandidas                                                                                                                                                        | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 41 | Rotador de Nucleo                                                                                                                                                         | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 49 | WET FIELD ERASER 20-23GA, TAPERED FINE TIP STRAIGHT                                                                                                                       | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 50 | OSHER TERMODOT MARKER 25GA, FINE TIP                                                                                                                                      | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 51 | DRAPE FULL BODY APERTURE 140 CM L 244 CM W                                                                                                                                | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 52 | MARKING PAD GENTIAN VIOLET FLAT                                                                                                                                           | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 53 | SPONGE 400122 KERACEL 20PK CHAYETT RING                                                                                                                                   | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 54 | PHACO GLIDE 20MM L 2.75MM W                                                                                                                                               | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 55 | LASIK EXPANDED SPEAR                                                                                                                                                      | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 56 | NUCLEUS ROTATOR 45DEG 9MM                                                                                                                                                 | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 57 | Visitec® I-Ring Pupil Expander                                                                                                                                            | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 58 | SPONGE 400106 20PK CORNEAL LIGHT SHIELD                                                                                                                                   | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 59 | DEVICE 221262 ERASER 4PK 20G ACTIVE ASP                                                                                                                                   | 20 | UNIDAD | 20 | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |

|    |                                              |    |        |    |  |                                                   |  |
|----|----------------------------------------------|----|--------|----|--|---------------------------------------------------|--|
| 60 | DEVICE 221267 ERASER 5PK 25G STRAIGHT        | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 61 | WET-FIELD® Eraser®, 23GA FINE TIP, STRAIGHT  | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 62 | CABLE 221202 WET-FIELD 3PK REUSABLE          | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 63 | CABLE 22135050 WET-FIELD 50PK DESECHABLE     | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 64 | SLIT KNIFE 3.2MM ANGL SNGL BEV W/SAFETY      | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 65 | SLIT KNIFE 2.75MM ANGL SNGL BEV W/SAFETY     | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 66 | SLIT KNIFE ANGL DBL BEVEL                    | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 67 | KNIFE 55 DEG BEV UP MATTE CRESCENT S/SU      | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 68 | CANULA BLAKFLUSH SINGLE-USE 23GA             | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 69 | BANDA CIRCULAR ESTILO 41                     | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 70 | LENTE INTRAOCULAR ESCLERAL DE                | 20 | UNIDAD | 20 |  |                                                   |  |
| 71 | LLAVE REUSABLE PARA TIP DE ULTRASONIDO       | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 72 | LENTE PLEGABLE PARA FACO TODAS LAS DIOPTRIAS | 30 | UNIDAD | 30 |  |                                                   |  |
| 73 | LENTE INTRAOCULAR RIGIDO TODAS LAS DIOPTRIAS | 40 | UNIDAD | 40 |  |                                                   |  |
| 74 | SOLUCION OPTALMICA HIALURONATO               | 30 | UNIDAD | 30 |  |                                                   |  |
| 75 | HIDROXIPROPILMETILCELULOSA                   | 40 | UNIDAD | 40 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 76 | CUCHILLETE CON MANGO 15º                     | 40 | UNIDAD | 40 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 77 | ACEITE DE SILICON                            | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 78 | BANDA CIRCULAR ESTILO 240                    | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 79 | CUCHILLETE CON MANGO VITRECTOMIA DE 20 G     | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 80 | CUCHILLETE CON MANGO CRECENT                 | 40 | UNIDAD | 40 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 81 | PERFLUOROCARBONO                             | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 82 | TREPANO DONANTE                              | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 83 | TREPANO RECEPTOR                             | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 84 | IMPLANTE OCULARES MATRIX                     | 20 | UNIDAD | 20 |  |                                                   |  |
| 85 | CONFORMADORES                                | 20 | UNIDAD | 20 |  |                                                   |  |
| 86 | MICROESPONJA WECK CELL PAQUETE DE ESPONJA    | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |
| 87 | PAPEL REGLA PAQUIMETRO                       | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |  |

|     |                                                             |    |        |    |  |                                                   |
|-----|-------------------------------------------------------------|----|--------|----|--|---------------------------------------------------|
| 88  | SET DE CRAWFORD ADULTO                                      | 25 | UNIDAD | 25 |  |                                                   |
| 89  | SET DE CRAWFORD PEDIATRICO                                  | 25 | UNIDAD | 25 |  |                                                   |
| 90  | SET RETRACTORES DE IRIS                                     | 20 | UNIDAD | 20 |  |                                                   |
| 91  | CASSETTE PARA FACOEMLUSIFICACION                            | 12 | UNIDAD | 12 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 92  | KIT DE FACOEMLUSIFICADOR                                    | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 93  | KIT DE RETINA                                               | 6  | UNIDAD | 6  |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 94  | 15 GRADOS RECTO BEAVER XSTAR                                | 40 | UNIDAD | 40 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 95  | LENTE DE FIJACION ESCLERAL                                  | 10 | UNIDAD | 10 |  |                                                   |
| 96  | PINZA PARA RETINA TANO                                      | 4  | UNIDAD | 4  |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 97  | MANGO PARA PINZA DE RETINA TANO                             | 10 | UNIDAD | 10 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 98  | FIBRAS OPTICAS DE XENON                                     | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 99  | SLEEP 270                                                   | 10 | UNIDAD | 10 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 100 | EXTRACTOR DE ACEITE DE XILICONA                             | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 101 | IMPLANTE VALVULAR DE AHMED                                  | 5  | UNIDAD | 5  |  |                                                   |
| 102 | PINZA LIMITANTE ITERNA                                      | 4  | UNIDAD | 4  |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 103 | LENTE DE CAMARA ANTERIOR TODAS LAS DIOPTRIAS                | 20 | UNIDAD | 4  |  |                                                   |
| 104 | STOPPER                                                     | 10 | UNIDAD | 10 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 105 | CANULAS DESECHABLES PARA IRRIGACION DE DIFERENTES DIAMETROS | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 106 | JERINGAS DE 20 CC PARA EXTRACCION DE XILICON                | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 107 | CANULAS DE SIMCOE                                           | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |
| 108 | LENTE PARA FOCO DIOPTRIAS NEGATIVAS                         | 20 | UNIDAD | 20 |  |                                                   |
| 109 | CANULAS IRRIGACION DESECHABLE 40*22 MM 27 G                 | 20 | UNIDAD | 20 |  | COMPATIBLE CON EL EQUIPO DE LAS SUBREDNORTE E.S.E |

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI \_\_\_ NO \_\_\_

#### REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

1. CON LA OFERTA SE DEBE ALLEGAR REGISTRO INVIMA DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS.
2. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CERTIFICACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO (CERTIFICADO DE CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO CCAA).
3. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS CCBPM O CONCEPTO TÉCNICO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS).
4. ADJUNTAR LAS FICHAS TÉCNICAS DE LOS PRODUCTOS A OFERTAR.
5. EL OFERENTE DEBE CERTIFICAR EL NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE TECNOSIGILANCIA
6. El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de tener en la Ciudad de Bogotá y/o Cundinamarca bodega o contrato con operador logístico de almacenamiento y distribución que cumpla con los requerimientos exigidos por entidades competentes para su funcionamiento y soporte capacidad de entrega (del cual debe anexar documento), indicando datos de ubicación de la misma como son: Dirección, teléfono, Correo electrónico, persona de contacto y vehículos de distribución

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

|                           |              |       |         |
|---------------------------|--------------|-------|---------|
| TÉCNICOS X - HABILITANTES | ECONÓMICOS X | OTROS | CUALES: |
|---------------------------|--------------|-------|---------|

| SE REQUIERE VISITA TÉCNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                      |                                                                 |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                        | NO X                                                 |                                                                 |                                                                                |
| GARANTÍAS DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                                                      |                                                                 |                                                                                |
| Patrimonio Autónomo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Póliza Seriedad de la Oferta X                                         | Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes X | Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones | Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares                 |
| Garantía Bancaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Póliza Cumplimiento del Contrato X                                     | Póliza Estabilidad de Obra                           | Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual                   | Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos |
| <p><b>GENERALES:</b></p> <p>1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.</p> <p>2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.</p> <p>3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA. EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.</p> <p>4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS.</p> <p>5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.</p> <p>6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.</p> <p>7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p>8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.</p> <p>9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.</p> <p>10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                                                      |                                                                 |                                                                                |
| <p><b>ESPECÍFICAS:</b></p> <p>1. Presentar informes mensuales de avance y cumplimiento de las actividades, acompañados de los soportes correspondientes en lo relacionado con la facturación.</p> <p>2. El ingreso del todo material debe realizarse en su empaque original, contramarcado de acuerdo a lo ofertado y según lo solicitado a través del almacén de cada unidad de las E.S.E</p> <p>3. Los elementos entregados en la E.S.E, deberán corresponder en marca y precio con lo ofertados y aprobados en el contrato.</p> <p>4. Comunicar al supervisor del contrato con antelación las modificaciones al número de referencia o características del Kit por causas técnicas indicando la antigua y la nueva denominación, así como en caso de cambio de presentación del número del sistema. El precio del nuevo sistema deberá homologarse al adjudicado corriendo a cargo del contratista el costo adicional que requiere dicho cambio.</p> <p>5. El contratista deberá dar cumplimiento al despacho de los materiales, dependiendo de la solicitud hecha por los diferentes servicios, teniendo en cuenta la fecha y hora del procedimiento, con el fin que los materiales estén el día anterior en la Subred y puedan ser oportunamente esterilizados y no se generen retrasos en la programación quirúrgica.</p> <p>6. Si el Registro Invima se encuentra próximo a vencer debiera adjuntar el radicado de solicitud del registro Invima.</p> <p>7. CAMBIO POR VENCIMIENTO y/o VIDA ÚTIL DE PRODUCTOS. Se establece que la fecha de vencimiento de los insumos no podrán ser inferior a dos (2) años ó el 75% de la vida útil, declarada en el registro sanitario, al momento de la recepción técnica del insumo en la institución, teniendo en cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas para el producto por el fabricante quien debe asegurarse hasta entregar los insumos en las unidades de la Subred Norte, si es a través de un distribuidor, este debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento.</p> <p>* El proveedor se comprometerá a cambiar los insumos cuya fecha de expiración sea menor a seis (6) meses, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de notificación, aun cuando los contratos celebrados con la Subred cumplan su vigencia y/o vencimiento.</p> <p>* Para lo anterior el proveedor debe anexar carta de compromiso de suministrar los productos con vida útil mayor al 75% y si es inferior debe cambiar el 100% de los productos que no se alcancen a consumir antes de su fecha de vencimiento.</p> |                                                                        |                                                      |                                                                 |                                                                                |
| <p><b>PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: (en días o meses)</b></p> <p>UN MES</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |                                                      |                                                                 |                                                                                |
| <p><b>CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA</b></p> <p>1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho término. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                      |                                                                 |                                                                                |
| Firmas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nombre y Firma del solicitante:                                        | JENNY MARCELA MUÑOZ C.                               |                                                                 |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Firma del Director de la Oficina de Contratación:                      | DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS                        |                                                                 |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud: | DRA. NANCY STELLA TABARES RAMIREZ                    |                                                                 |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nombre y Firma Gerente:                                                | DR. YIDNEY ISABEL GARCIA                             |                                                                 |                                                                                |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                      |                                                                 |                                                                                |



**ANEXO No. 1**  
**CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA**

SEÑORES

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**  
**DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS**

**Referencia:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. se permite invitar a presentar propuestas para “CONTRATAR LOS INSUMOS MEDICO - QUIRURGICOS PARA LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS Y QUIRÚRGICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EN TODAS SU SEDES”

Nosotros los suscritos: \_\_\_\_\_ (Nombre del proponente) de acuerdo con lo establecido en el presente proceso de selección, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe esta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la Invitación a Cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.

Que la cotización tiene un valor total de \_\_\_\_\_.

Que la presente propuesta se presenta en \_\_\_\_\_ folios.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente al objeto a contratar.

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

**Firma:** Representante Legal o quien haga sus veces \_\_\_\_\_

**Proponente:** Nombre de la Persona Natural, Jurídica, Consorcio o Unión Temporal.

**Nit:**

**Representante Legal:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Correo electrónico:**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Norte E.S.U.

## ANEXO No. 2

### MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES (ART.50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: \_\_\_\_\_

#### CERTIFICACIÓN

Certifico que \_\_\_\_\_ con C.C, o NIT No. \_\_\_\_\_ ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante\_ ( ) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso de selección.

Expedida a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2018.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(Representante Legal o revisor fiscal (cuando esté obligado a tener revisor fiscal))



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Norte E.S.E.

### ANEXO No. 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (NOMBRE DEL OFERENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL OFERENTE) domiciliado en \_\_\_\_\_, identificado con (DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN), quien obra en calidad de \_\_\_\_\_, Quien(es) en adelante se denominará(n) EL OFERENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

**PRIMERO:** Que la entidad adelanta el presente proceso para el SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., en los términos prescritos en la Invitación a Cotizar y demás normas concordantes.

**SEGUNDO:** Que es interés del oferente apoyar la acción del estado colombiano y de la Entidad, para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

#### **CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS**

El oferente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

El oferente no ofrecerá ni dará sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público o contratista, en relación con su propuesta, con el proceso de selección, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de la misma, así como no permitirá que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre.

El oferente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del proceso de selección referido.

#### **CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO**

El oferente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en el presente proceso de selección, si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ (FECHA EN LETRAS Y NUMEROS)

**Firma  
C.C.**

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE PROPUESTAS CONJUNTAS, SEAN PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, EN ESTE ÚLTIMO CASO A TRAVÉS DE LOS REPRESENTANTES LEGALES ACREDITADOS DENTRO DE LOS DOCUMENTOS DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O PODERES CONFERIDOS Y ALLEGADOS AL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN.

|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                               |  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)</b>                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | CÓDIGO:AP-GF-F-23-01<br>VERSIÓN: 1                                                                                              |  |
|                                                                                                                                               |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                       |  | PÁGINA:1 DE 3<br>FECHA:24/10/2018                                                                                               |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| FECHA:                                                                                                                                        |  | CIUDAD:                                                                                                                                                                                                                          |  | DEPARTAMENTO:                                                                                                         |  |                                                                                                                                 |  |
| <b>1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)</b>                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> ASEGURADOR                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> PROVEEDOR                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> CONTRATISTA                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO    CUAL:                                                      |  |
| <b>2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA</b>                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| RAZÓN SOCIAL                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | NIT                                                                                                                             |  |
| REPRESENTANTE LEGAL:                                                                                                                          |  | PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                  |  | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                      |  | NOMBRES                                                                                                                         |  |
| CEDULA DE CIUDADANÍA                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         |  | NUMERO:                                                                                                               |  | LUGAR DE EXPEDICIÓN:                                                                                                            |  |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         |  | NUMERO:                                                                                                               |  | LUGAR DE EXPEDICIÓN:                                                                                                            |  |
| FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD                                                                                                                   |  | LUGAR NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                 |  | DEPARTAMENTO                                                                                                          |  | NACIONALIDAD (1)                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | NACIONALIDAD (2)                                                                                                                |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL                                                                                                                 |  | CIUDAD                                                                                                                                                                                                                           |  | DEPARTAMENTO                                                                                                          |  | PAÍS                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | TELÉFONO/FAX                                                                                                                    |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | PORTAL/PAGINA INTERNET:                                                                                               |  |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA                                                                                                                    |  | CIUDAD                                                                                                                                                                                                                           |  | DEPARTAMENTO                                                                                                          |  | PAÍS                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | TELÉFONO/FAX                                                                                                                    |  |
| TIPO DE EMPRESA                                                                                                                               |  | ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> PUBLICA<br><input type="checkbox"/> MIXTA<br><input type="checkbox"/> PRIVADA<br><input type="checkbox"/> EXTRANJERA |  | <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL<br><input type="checkbox"/> COMERCIAL<br><input type="checkbox"/> ASEGURADOR<br><input type="checkbox"/> SERVICIOS                                                                           |  | <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA<br><input type="checkbox"/> FARMACÉUTICA<br><input type="checkbox"/> TRANSPORTES    |  | <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE SALUD<br><input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS<br><input type="checkbox"/> OTRA, |  |
|                                                                                                                                               |  | CUAL: <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div> |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> (SI) <input type="checkbox"/> (NO)<br>RENTA/CREE                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> (SI) <input type="checkbox"/> (NO)<br>IVA                                                    |  | <input type="checkbox"/> (SI) <input type="checkbox"/> (NO)<br>ICA                                                              |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                             |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> SECUNDARIA: <input type="checkbox"/>                                                        |  |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                          |  | AGENTE RETENEDOR                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                         |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | AGENTE AUTORETENEDOR                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                         |  |
| <b>3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)</b>                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                         |  |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                         |  |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                         |  |
| ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                         |  |
| Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| <b>III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN</b>     |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)                                                                                    |  | % PARTICIPACIÓN                                                                                                                                                                                                                  |  | TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                |  | NUMERO IDENTIFICACIÓN                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> .I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> .I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> .I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> .I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                 |  |
| <b>4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)</b>                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | ACTIVOS TOTALES                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | PASIVOS TOTALES                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | PATRIMONIO                                                                                                            |  |                                                                                                                                 |  |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |

|                                                                                 |                                                                           |  |  |  |  |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|
|  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b>          |  |  |  |  | CÓDIGO:AP-GF-F-23-01              |
|                                                                                 | <b>PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)</b>                               |  |  |  |  | VERSIÓN: 1                        |
|                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA |  |  |  |  | PÁGINA:2 DE 3<br>FECHA:24/10/2018 |

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI☐NO☐

IMPORTACIONES☐EXPORTACIONES☐VERSIONES☐REDESCUENTO☐

OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS☐LEASING☐SERVICIOS☐

PAGO DE SERVICIOS☐PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA☐OTRA☐

Especifique cual:

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAÍS | MONEDA |
|---------------|-----------------|---------|-----------------|--------|------|--------|
|               |                 |         |                 |        |      |        |
|               |                 |         |                 |        |      |        |

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE**, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

9. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

9.1.

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (Sede expresativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

\*Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

\*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminación y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

|                                                                                 |                                                                                                                 |  |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|
|  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)</b> |  | CÓDIGO:AP-GF-F-23-01               |
|                                                                                 |                                                                                                                 |  | VERSIÓN: 1                         |
|                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                        |  | PÁGINA: 3 DE 3<br>FECHA:24/10/2018 |

**5. DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

**6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **9.AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

|                                                                                                                                                                                       |  |                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| <b>10. FIRMA Y HUELLA</b>                                                                                                                                                             |  |                       |  |
| SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES |  |                       |  |
| <div></div>                                                                                                                                                                           |  | <div></div>           |  |
| Firma Cliente / Representante Legal                                                                                                                                                   |  | Huella Índice Derecho |  |

|                                      |                                                                      |                                                       |  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|
| <b>11. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA</b> |                                                                      | <b>12. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN</b> |  |
| 1. Ciudad y fecha                    |                                                                      | 1. Ciudad y fecha                                     |  |
| 2.Nombre del funcionario o Asesor:   |                                                                      | 2. Nombre y Cargo de quien verifica:                  |  |
| 3. Lugar de la Entrevista:           |                                                                      | 3. Lugar de la verificación:                          |  |
| 4. Observaciones:                    |                                                                      | 4. Observaciones:                                     |  |
| 5. Resultado de la Entrevista:       | ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> |                                                       |  |
| 6. Firma y Cédula                    |                                                                      | 5. Firma y cédula:                                    |  |

|                                                                                 |                                                                                                                |  |         |  |                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|-------------------------------------|--|
|  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b> |  |         |  | CÓDIGO: AP-GF-F-24-02<br>VERSIÓN: 2 |  |
|                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA                                      |  |         |  | PÁGINA: 1 DE 4<br>FECHA: 03/12/2018 |  |
|                                                                                 | FECHA:                                                                                                         |  | CIUDAD: |  | DEPARTAMENTO:                       |  |

|                                              |                          |            |                          |                 |                          |                  |                          |      |                          |       |                      |
|----------------------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------|----------------------|
| 1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X) |                          |            |                          |                 |                          |                  |                          |      |                          |       |                      |
| PROVEEDOR                                    | <input type="checkbox"/> | PARTICULAR | <input type="checkbox"/> | CONTRATISTA OPS | <input type="checkbox"/> | SERVIDOR PUBLICO | <input type="checkbox"/> | OTRO | <input type="checkbox"/> | CUAL: | <input type="text"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
| 2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
| PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          | SEGUNDO NOMBRE                      |                   |                          | PRIMER APELLIDO                     |                          |                                                                                                      | SEGUNDO APELLIDO:         |                               |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                                     | No IDENTIFICACIÓN |                          | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio) |                          |                                                                                                      |                           | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) |                                                         |  |
| C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | C.E.                     | <input type="checkbox"/>            | R.C.              | <input type="checkbox"/> | NUIP                                | <input type="checkbox"/> |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
| PASAPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          | <input type="checkbox"/> | OTRO                                |                   | <input type="checkbox"/> | CUAL:                               |                          | <input type="text"/>                                                                                 | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? |                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| FECHA NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) |                   |                          | PAÍS NACIMIENTO                     |                          |                                                                                                      | NACIONALIDAD:             |                               |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                                     |                   |                          | PERSONAS A CARGO                    |                          | NUMERO DE HIJOS                                                                                      |                           | TELÉFONO CELULAR              |                                                         |  |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> EN LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>                                                                                                       |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               | PROFESIÓN/ OFICIO                                       |  |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          | CIUDAD RESIDENCIA                   |                   | DEPARTAMENTO:            |                                     |                          | PAÍS RESIDENCIA:                                                                                     |                           | TELÉFONO RESIDENCIA           |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          | PORTAL O PAGINA INTERNET            |                   |                          |                                     |                          | TIPO DE VIVIENDA                                                                                     |                           |                               |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |                           |                               |                                                         |  |
| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          | CIUDAD:                             |                   | DEPARTAMENTO:            |                                     |                          | PAÍS:                                                                                                |                           | TELÉFONO/FAX                  |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                     |                   |                          |                                     |                          |                                                                                                      |                           |                               |                                                         |  |

|                                            |                          |                          |                          |                       |                          |                                     |                          |                      |                                                                                   |                               |               |  |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|--|
| 3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE |                          |                          |                          |                       |                          |                                     |                          |                      |                                                                                   |                               |               |  |
| PRIMER APELLIDO                            |                          |                          | SEGUNDO APELLIDO:        |                       |                          | PRIMER NOMBRE                       |                          |                      | SEGUNDO NOMBRE                                                                    |                               |               |  |
|                                            |                          |                          |                          |                       |                          |                                     |                          |                      |                                                                                   |                               |               |  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                     |                          |                          |                          | NUMERO IDENTIFICACIÓN |                          | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio) |                          |                      |                                                                                   | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) |               |  |
| C.C.                                       | <input type="checkbox"/> | C.E.                     | <input type="checkbox"/> | R.C.                  | <input type="checkbox"/> | NUIP                                | <input type="checkbox"/> |                      |                                                                                   |                               |               |  |
| PASAPORTE                                  |                          | <input type="checkbox"/> | OTRO                     |                       | <input type="checkbox"/> | CUAL:                               |                          | <input type="text"/> | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                               | NACIONALIDAD: |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                         |                  |                                                                                                                                        |     |                                                                        |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| 4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)                                                                                                                                                                                                            |  |                                                         |                  |                                                                                                                                        |     |                                                                        |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| ASALARIADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                      |  | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>                     |                  | HOGAR <input type="checkbox"/>                                                                                                         |     | PENSIONADO <input type="checkbox"/>                                    |                                                         | CUAL:                                     |  |                                                         |  |
| SOCIO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                           |  | CONTRATISTA <input type="checkbox"/>                    |                  | COMERCIANTE <input type="checkbox"/>                                                                                                   |     | EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>                              |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       |  | EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>                 |                  |                                                                                                                                        |     | OTRA <input type="checkbox"/>                                          |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:                                                                                                                                                                                                                                      |  | DECLARA RENTA                                           |                  | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                            | IVA | SI <input type="checkbox"/>                                            | NO <input type="checkbox"/>                             | CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA          |  |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                         |                  | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                            | ICA | SI <input type="checkbox"/>                                            | NO <input type="checkbox"/>                             | <input type="text"/> <input type="text"/> |  |                                                         |  |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | AGENTE RETENEDOR |                                                                                                                                        |     |                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | AGENTE AUTORETENEDOR                      |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| FUNCIONARIO PUBLICO                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS                            |                  |                                                                                                                                        |     | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                  |                                                                                                                                        |     |                                                                        |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                         |                  | GOBIERNO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> |     |                                                                        |                                                         | NUMERO DE NIT                             |  |                                                         |  |
| EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> ENERGÉTICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS |  |                                                         |                  |                                                                                                                                        |     |                                                                        |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                         |                  |                                                                                                                                        |     |                                                                        |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                  |  | TELÉFONO                                                |                  | CIUDAD/MUNICIPIO                                                                                                                       |     | DEPARTAMENTO                                                           |                                                         | PAÍS                                      |  |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                         |                  |                                                                                                                                        |     |                                                                        |                                                         |                                           |  |                                                         |  |
| CARGO ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                         |                  |                                                                                                                                        |     |                                                                        |                                                         | FECHA VINCULACIÓN                         |  |                                                         |  |

|                                                                                  |                                                                                                                |  |  |                   |                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------|-----------------------|--|
|  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b> |  |  |                   | CÓDIGO: AP-GF-F-24-02 |  |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E                                                             |  |  |                   | VERSIÓN: 2            |  |
|                                                                                  | GESTIÓN FINANCIERA                                                                                             |  |  |                   | PÁGINA: 2 DE 4        |  |
|                                                                                  |                                                                                                                |  |  | FECHA: 03/12/2018 |                       |  |

**5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCIÓN | TIPO SOCIEDAD |
|---------------------|----------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
|                     |                |                            |                       |                    |               |

**6. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES         |      | EGRESOS MENSUALES         |      | ACTIVOS                   |      | PASIVOS                   |      |
|----------------------------|------|---------------------------|------|---------------------------|------|---------------------------|------|
| SALARIOS                   |      | GASTOS FAMILIARES         |      | AHORROS                   |      | SALDO HIPOTECA            |      |
| HONORARIOS                 |      | ARRIENDOS                 |      | INVERSIONES               |      | TARJETAS DE CRÉDITO       |      |
| ARRIENDOS                  |      | CUOTA VEHÍCULO            |      | VEHÍCULOS                 |      | DEUDA VEHÍCULOS           |      |
| COMISIONES                 |      | CUOTA VIVIENDA            |      | PROPIEDADES               |      | DEUDAS TERCEROS           |      |
| OTROS INGRESOS*            |      | OTROS EGRESOS*            |      | OTROS ACTIVOS*            |      | OTROS PASIVOS*            |      |
| TOTAL INGRESOS             | \$ 0 | TOTAL EGRESOS             | \$ 0 | TOTAL ACTIVOS             | \$ 0 | TOTAL PASIVOS             | \$ 0 |
| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS |      | DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS |      | DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS |      | DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS |      |
|                            |      |                           |      |                           |      |                           |      |

**7. REFERENCIAS PERSONALES**  
( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO:        | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                        |
|-----------------|--------------------------|---------------|---------------------------------------|
|                 |                          |               |                                       |
|                 |                          |               |                                       |
|                 |                          |               |                                       |
| DIRECCIÓN       | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS | TIPO RELACIÓN | TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR |
|                 |                          |               |                                       |

**8. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELÉFONO |
|----------------|------------------|--------|----------|----------|
|                |                  |        |          |          |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAÍS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|----------------|------------------|--------|-------------|--------|----------------|
|                |                  |        |             |        |                |

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

**OBSERVACIONES:** Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.2.1, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

**9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE**, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

- Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):
- Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
- No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

|                                                                                  |                                                                          |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b>         | CÓDIGO: AP-GF-F-24-02               |
|                                                                                  | <b>PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b>                               | VERSIÓN: 2                          |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA | PÁGINA: 3 DE 4<br>FECHA: 03/12/2018 |

### 10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**Asalariado:** Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

**Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

**Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

**Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
- Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
- Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
- Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

**NOTA:** Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

### 11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

### 12. CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

#### 12.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.

**Declaro expresamente:**

\* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

\* Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

**1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

**2. TRATAMIENTO:** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

**5. DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

**6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

|                                                                                  |                                                                  |  |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b> |  | CÓDIGO: AP-GF-F-24-02 |
|                                                                                  | <b>PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b>                       |  | VERSIÓN: 2            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E               |  | PÁGINA: 4 DE 4        |
|                                                                                  | GESTIÓN FINANCIERA                                               |  | FECHA: 03/12/2018     |

**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (**Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80 , e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co**) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

**9. AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

| 13. FIRMA Y HUELLA                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES. |                                                                                                                              |
| <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 500px; margin: 0 auto;"></div> <p><b>Firma Cliente / Representante Legal</b></p>                                             | <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 120px; margin: 0 auto;"></div> <p><b>Huella Índice Derecho</b></p> |

| 14. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA       |                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ciudad y fecha                   |                                                                                                                                                                       |
| 2. Nombre del funcionario o Asesor: |                                                                                                                                                                       |
| 3. Lugar de la Entrevista:          |                                                                                                                                                                       |
| 4. Observaciones:                   |                                                                                                                                                                       |
| 5. Resultado de la Entrevista:      | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>ACEPTADO<br/><input type="checkbox"/></div> <div>RECHAZADO<br/><input type="checkbox"/></div> </div> |
| 6. Firma y Cédula                   |                                                                                                                                                                       |

| 15. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN |  |
|------------------------------------------------|--|
| 1. Ciudad y fecha                              |  |
| 2. Nombre y Cargo de quien verifica:           |  |
| 3. Lugar de la verificación:                   |  |
| 4. Observaciones:                              |  |
| 5. Firma y cédula:                             |  |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                 |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | <b>INSTRUCTIVO<br/>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br/>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                 | VERSIÓN :1            |
|                                                                                                                                                                          | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br/>GESTIÓN FINANCIERA</b>                | PÁGINA : 1 DE 19      |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                 | FECHA :24/10/2018     |

# INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA

## SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT

### SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

|                                                                                   |                                                                                                 |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO<br/>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br/>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                 | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br/>GESTIÓN FINANCIERA</b>                | PÁGINA : 2 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                 | FECHA :24/10/2018     |

## CONTENIDO

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| 1. OBJETIVO GENERAL .....              | 3  |
| 2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN ..... | 3  |
| 3. DESARROLLO .....                    | 3  |
| 3.1. Definiciones relacionadas.....    | 3  |
| 3.2. Seguimiento. ....                 | 18 |
| 4. BIBLIOGRAFÍA.....                   | 19 |

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 3 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

## 1. OBJETIVO GENERAL

El presente instructivo presenta los lineamientos generales que se deben seguir para diligenciar de una manera adecuada el formato de Conocimiento del cliente o contraparte para persona natural y persona jurídica, de acuerdo a lo establecido en la Circular 009 del 21 de abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

## 2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

El Sistema de Administración de Riesgos - SARLAFT comprende todas las actividades a ser realizadas por la Entidad en desarrollo de su objeto social principal y deberá contener, adicionalmente, los procedimientos y metodologías para que esté protegida de ser utilizada en forma directa, es decir a través de sus administradores, vinculados o contrapartes, como instrumento para el lavado de activos, ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades y/o canalización de recursos hacia la financiación de actividades terroristas.

El presente Formulario es de obligatorio cumplimiento para los colaboradores quienes tienen relación directa con los clientes, inherentes en sus actividades.

## 3. DESARROLLO

### 3.1. Definiciones relacionadas

#### 3.1.1. Formulario Persona Natural:

Es todo ser humano o individuo que hace y obtiene la capacidad legal, de contratar en la sociedad, de tener derechos o deberes jurídicos.

**Fecha, ciudad, Departamento:** en estas casillas se consignan los datos correspondientes a la fecha de diligenciamiento del formato, ciudad y departamento.

**1. Clase o tipo de vinculación:** De acuerdo al área responsable de la información se diligencia la respectiva casilla, teniendo en cuenta la calidad del informante:

-Proveedor: Persona natural o empresa (jurídica), con la cual se tienen vínculos de carácter comercial.

-Particular: Es la persona natural o individuo que en propio nombre se ocupa de alguna o algunas actividades que la ley considera mercantiles.

-Contratista OPS: El contrato de prestación de servicios es un contrato con el Estado a través del cual se vincula una persona natural en forma excepcional, para suplir actividades o labores relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad.

-Servidor Público: Es una persona que se encuentra vinculado en la planta de una institución de carácter público que brinda un servicio de utilidad social.

-Otro: Hace referencia a otro tipo de vinculación, diferente a los descritos anteriormente.

**2. Datos de la persona natural:** Corresponden a la información personal del cliente, proveedor o usuario, los cuales se deben diligenciar en su totalidad.

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 4 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

Primer Nombre  
 Segundo Nombre  
 Primer Apellido  
 Segundo Apellido  
 Tipo de identificación  
 No. Identificación  
 Lugar de Expedición  
 Fecha de Expedición  
 Fecha de nacimiento  
 Lugar de nacimiento  
 País de nacimiento  
 Nacionalidad  
 Estado civil  
 Personas a cargo  
 Número de hijos  
 Teléfono celular  
 Nivel de estudios/ formación académica  
 Dirección residencia  
 Ciudad residencia  
 Departamento  
 País Residencia  
 Teléfono Residencia  
 Correo electrónico  
 Portal o página internet  
 Tipo de vivienda  
 Dirección establecimiento de comercio: si lo tiene  
 Ciudad  
 Departamento  
 País  
 Teléfono/fax

**3. Datos del cónyuge/ compañero permanente:** se diligencia en caso de cumplir con esta condición.

**4. Información actividad económica:** se diligencia en su totalidad, de acuerdo a la actividad que desarrolla cada uno de los usuarios de la información (RUT).

**5. Solo para independientes o empleado socio:** se diligencia de acuerdo a la calidad del cliente o usuario responsable de la información.

**6. Información financiera:** Se debe diligenciar en su totalidad, consecuente con la información registrada en el numeral 9, del presente formulario.

**7. Referencias personales:** Se debe diligenciar en su totalidad, los datos de quien se reporta como referencia no debe ser familiar, ni vivir con el cliente o contraparte y debe ser localizable en horario laboral.

**8. Referencia financiera:** Se debe diligenciar en su totalidad, y debe ser verificable

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 5 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

**9. Declaración del origen de los dineros/ fondos:** Se diligencia en su totalidad guarda relación con el numeral 6 del presente formulario. Declarando que los bienes provienen de actividades lícitas (RUT).

**10. Documentos requeridos:** de acuerdo a la calidad del cliente o contraparte se aporta lo solicitado, Los soportes del formulario del cliente se toma como base en la información reportada.

**11. Autorización reporte y consulta a las entidades de riesgo:** En esta casilla se faculta a la ESE para efectuar las respectivas consultas, reportes, compartir información contenida en la base de datos financiera crediticia comercial y de servicios, de las entidades de control y de otros países (listas restrictivas)

**12. Consideraciones:** En este párrafo se presentan las disposiciones de ley, que se tuvieron en cuenta para la formulación y elaboración del formato.

**12.1 Autorización:** A través de esta autorización la ESE queda facultada para:

1. Finalidad del tratamiento de los datos personales

Los datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

- a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
- b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos.
- c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- d) El control y la prevención del riesgo.
- e) La liquidación y pago de cuentas.
- f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
- j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
- l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Tratamiento

El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. Usuarios de la información

Los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a:

a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 6 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros.

c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios.

d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.

e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

#### 4. Transferencia internacional de información a terceros países

En determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de los datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

#### 5. Datos sensibles

Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por lo cual se efectúa la siguiente declaración así: “Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas”.

**FUENTE: LEY 1581 DE 2012**

#### 6. Datos personales de niñas, niños y adolescentes

En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

**FUENTE: LEY 1581 DE 2012**

#### 7. Derechos del titular de la información

Sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley, en el Tratamiento se requiere la autorización previa e informada del Titular, la cual deberá ser obtenida por cualquier medio que pueda ser objeto de consulta posterior.

Se efectúa la siguiente declaración así: “Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí”.

#### 8. Responsables y encargados del tratamiento de la información

Los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).y

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 7 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

#### 9. Autorización

Por medio de esta de manera expresa, se autoriza a la Subred Norte para el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que fueron informados en el presente documento.

#### 13. Firma y huella

Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original al igual que la huella.

#### 14. Información Entrevista:

- 1. Ciudad y fecha:** en esta casilla se plasma lo solicitado, en la fecha en que se está efectuando el proceso de entrevista.
- 2. Nombre del funcionario o asesor:** Es la persona que lleva a cabo dicha actividad
- 3. Lugar de entrevista:** Donde se efectúa el proceso
- 4. Observaciones:** análisis de la información registrada en el formulario

**15. Verificación de la información:** Esta sección es de obligatorio cumplimiento ya que, por medio de esta se verifica lo registrado en el formulario

|                                                                                   |                                                                                                |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  | INSTRUCTIVO<br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br/>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> |  | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                |  | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                       |  | PÁGINA : 8 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                |  | FECHA :24/10/2018     |

## Formulario Persona Natural

Para el proceso de Conocimiento del cliente, se definió el formato que se presenta a continuación, el cual se debe diligenciar de carácter obligatorio de acuerdo a lo establecido en la circular 009 de 2016.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| FECHA:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | CIUDAD:                                                                                                                                |                                                                                                      | DEPARTAMENTO:                                                                                   |                                                                          |
| <b>1. CLASE O TIPO DE VINCULACION (MARCA CON X)</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| PROVEEDOR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 3975000                        | CONTRATISTA OPS <input type="checkbox"/>                                                                                               | SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>                                                            | OTRO <input type="checkbox"/>                                                                   | CUAL: <input type="text"/>                                               |
| <b>2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                         |                                                                                                      | PRIMER APELLIDO                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO:                                                        |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | No IDENTIFICACION                                                                                                                      | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                                  |                                                                                                 | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                                            |
| C.C. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                           | C.E. <input type="checkbox"/>                           | R.C. <input type="checkbox"/>                                                                                                          | NUIP <input type="checkbox"/>                                                                        |                                                                                                 |                                                                          |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | OTRO <input type="checkbox"/>                           | CUAL: <input type="text"/>                                                                                                             |                                                                                                      | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>               |                                                                          |
| FECHA NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                       | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)                     |                                                                                                                                        | PAIS NACIMIENTO                                                                                      | NACIONALIDAD:                                                                                   |                                                                          |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                                                        | PERSONAS A CARGO                                                                                     | NUMERO DE HIJOS                                                                                 | TELEFONO CELULAR                                                         |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 | PROFESION/ ORCIO                                                         |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| DIRECCION RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                   | CIUDAD RESIDENCIA                                       | DEPARTAMENTO:                                                                                                                          | PAIS RESIDENCIA:                                                                                     | TELEFONO RESIDENCIA                                                                             |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                     | PORTAL O PAGINA INTERNET                                |                                                                                                                                        | TIPO DE VIVIENDA                                                                                     |                                                                                                 |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                        | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |                                                                                                 |                                                                          |
| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                        | CIUDAD:                                                 | DEPARTAMENTO:                                                                                                                          | PAIS:                                                                                                | TELEFONO/FAX                                                                                    |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| <b>3. DATOS DEL CONYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | SEGUNDO APELLIDO:                                                                                                                      |                                                                                                      | PRIMER NOMBRE                                                                                   | SEGUNDO NOMBRE                                                           |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | NUMERO IDENTIFICACION                                                                                                                  | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                                  |                                                                                                 | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                                            |
| C.C. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                           | C.E. <input type="checkbox"/>                           | R.C. <input type="checkbox"/>                                                                                                          | NUIP <input type="checkbox"/>                                                                        |                                                                                                 |                                                                          |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | OTRO <input type="checkbox"/>                           | CUAL: <input type="text"/>                                                                                                             |                                                                                                      | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NACIONALIDAD: |                                                                          |
| <b>4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)</b>                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| ASALARIADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                     | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>                     | HOGAR <input type="checkbox"/>                                                                                                         | PENSIONADO <input type="checkbox"/>                                                                  | CUAL:                                                                                           |                                                                          |
| SOCIO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                          | CONTRATISTA <input type="checkbox"/>                    | COMERCIANTE <input type="checkbox"/>                                                                                                   | EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>                                                            |                                                                                                 |                                                                          |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                      | EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>                 |                                                                                                                                        | OTRA <input type="checkbox"/>                                                                        |                                                                                                 |                                                                          |
| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:                                                                                                                                                                                                                                                     | DECLARA RENTA                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                | IVA                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                         | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                        | ICA                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                         | PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> SECUNDARIA: <input type="checkbox"/> |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | AGENTE RETENEDOR                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                              | AGENTE AUTORETENEDOR                                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                  |
| FUNCIONARIO PUBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                     | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS                            |                                                                                                                                        | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA                               |                                                                                                 |                                                                          |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | GOBIERNO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> | NUMERO DE NIT                                                                                        |                                                                                                 |                                                                          |
| EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS                |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| DIRECCION DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                 | TELEFONO                                                | CIUDAD/MUNICIPIO                                                                                                                       | DEPARTAMENTO                                                                                         | PAIS                                                                                            |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
| CARGO ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         | FECHA VINCULACION                                                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                          |

|                                                                                   |                                                                                                |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  | INSTRUCTIVO<br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br/>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> |  | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                |  | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                       |  | PÁGINA : 9 DE 19      |
|                                                                                   |                                                                                                |  | FECHA :24/10/2018     |

| 5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------------------|----------------|
| NUMERO DE EMPLEADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD |                           | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD                         |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| 6. INFORMACIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| INGRESOS MENSUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | EGRESOS MENSUALES          |                       | ACTIVOS                   |                    | PASIVOS                               |                |
| SALARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | GASTOS FAMILIARES          |                       | AHORROS                   |                    | SALDO HIPOTECA                        |                |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | ARRENDOS                   |                       | INVERSIONES               |                    | TARJETAS DE CREDITO                   |                |
| ARRENDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | CUOTA VEHICULO             |                       | VEHICULOS                 |                    | DEUDA VEHICULOS                       |                |
| COMISIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | CUOTA VIVIENDA             |                       | PROPIEDADES               |                    | DEUDAS TERCEROS                       |                |
| OTROS INGRESOS*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                | OTROS EGRESOS*             |                       | OTROS ACTIVOS*            |                    | OTROS PASIVOS*                        |                |
| TOTAL INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 0           | TOTAL EGRESOS              | \$ 0                  | TOTAL ACTIVOS             | \$ 0               | TOTAL PASIVOS                         | \$ 0           |
| DESCRIPCION OTROS INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | DESCRIPCION OTROS EGRESOS  |                       | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS |                    | DESCRIPCION OTROS PASIVOS             |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| 7. REFERENCIAS PERSONALES<br>( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                | SEGUNDO APELLIDO:          |                       | PRIMER NOMBRE             |                    | SEGUNDO NOMBRE                        |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| DIRECCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS   |                       | TIPO RELACION             |                    | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| 8. REFERENCIA FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | TIPO DE PRODUCTO           |                       | NUMERO                    | SUCURSAL           | TELEFONO                              |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | TIPO DE PRODUCTO           |                       | NUMERO                    | PAIS/CIUDAD        | MONEDA                                | MONTO PROMEDIO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                            |                       |                           |                    | CUAL:                                 |                |
| IMPORTACION <input type="checkbox"/> EXPORTACION <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.1, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio y forma parte de las Politicas, enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| 9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE</b> , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| <b>1.</b> Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE</b> provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |
| <b>2.</b> Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)<br><b>3.</b> No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.<br><b>4.</b> Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.<br><b>5.</b> Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.<br><b>6.</b> Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.<br><b>7.</b> Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE. |                |                            |                       |                           |                    |                                       |                |

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 10 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

#### 10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**Asalariado:** Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

**Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

**Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

**Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

**NOTA:** Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

#### 11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

#### 12. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

##### 12.1. AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.

##### Declaro expresamente:

\* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

\* Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

**1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

**2. TRATAMIENTO:** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3. USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

**5. DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

**6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

|                                                                                   |                                                                          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | INSTRUCTIVO                                                              | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   | <b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b>                         | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | <b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b>                                        | PÁGINA : 11 DE 19     |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA | FECHA :24/10/2018     |

**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

**8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud **(Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, telefono 349 90 80 , e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co)** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

**9.AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

### 13. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

### 14. INFORMACION DE ENTREVISTA

|                                    |                                   |                                    |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Ciudad y fecha                  |                                   |                                    |
| 2.Nombre del funcionario o Asesor: |                                   |                                    |
| 3. Lugar de la Entrevista:         |                                   |                                    |
| 4. Observaciones:                  |                                   |                                    |
| 5. Resultado de la Entrevista:     | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |
| 6. Firma y Cédula                  |                                   |                                    |

### 15. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Ciudad y fecha                    |  |
| 2. Nombre y Cargo de quien verifica: |  |
| 3. Lugar de la verificación:         |  |
| 4. Observaciones:                    |  |
| 5. Firma y cédula:                   |  |

## 3.1.2. Formulario Persona jurídica

Individuo o entidad que, sin tener existencia individual física, está sujeta a derechos y obligaciones. Es un individuo con derechos y obligaciones que existe, pero no como persona, sino como institución que es creada por una o más personas físicas para cumplir un objetivo social que puede ser con o sin fines de lucro.

**Fecha, ciudad, Departamento:** en estas casillas se consignan los datos correspondientes a la fecha de diligenciamiento del formato, ciudad y departamento.

**1. Clase o tipo de vinculación con la empresa:** De acuerdo al tipo de empresa o vinculación se diligencia la respectiva casilla, teniendo en cuenta la calidad del informante:

-Asegurador

El asegurador es la persona que asume las consecuencias del riesgo del objeto de cobertura en un contrato de seguros.

-Proveedor

Es aquel tercero que abastece de materiales u otros suministros a la empresa, los cuales son necesarios para su desarrollo y funcionamiento.

-Contratista

Persona natural o empresa (jurídica), con la cual se tienen vínculos de carácter comercial.

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 12 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

-Particular

Es la persona natural o individuo que en propio nombre se ocupa de alguna o algunas actividades que la ley considera mercantiles.

-Otro: Hace referencia a otro tipo de vinculación, diferente a los descritos anteriormente.

**2. Datos de la persona jurídica:** Corresponden a la información de la empresa, cliente, proveedor, o usuario, los cuales se deben diligenciar en su totalidad.

Razón Social  
 Representante Legal  
 Primer Apellido  
 Segundo Apellido  
 Nombres  
 Cedula de Ciudadanía  
 Cedula de Extranjería  
 No. Identificación  
 Lugar de Expedición  
 Fecha de Expedición  
 Fecha de nacimiento  
 Lugar de nacimiento  
 Departamento  
 Nacionalidad  
 Dirección domicilio principal  
 Ciudad  
 Departamento  
 País  
 Teléfono/fax  
 Correo electrónico  
 Portal/página internet  
 Dirección Sucursal/agencia  
 Ciudad  
 Departamento  
 País  
 Teléfono/fax  
 Tipo de empresa  
 Actividad Económica  
 Información tributaria

**3. Declaración Persona públicamente expuesta (PEPS):** se diligencia en su totalidad.

Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas internamente, a los cuales les aplica los mismos ejemplos que las PEP extranjeras mencionadas anteriormente. Las

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 13 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional se refiere a quienes son miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o fundones equivalentes. La definición de PER no pretende cubrir a individuos en un rango medio o más subalterno en las categorías anteriores.

**FUENTE: CIRCULAR N.009 DE 2016**

**4. Información financiera:** se diligencia en su totalidad, de acuerdo a lo solicitado en las casillas, la cual debe ser verificable con los soportes anexos al formulario (RUT).

**5. Actividad de operaciones internacionales:** se diligencia si cumple con la condición de realizar transacciones en moneda extranjera. Si es así se debe detallar lo solicitado.

**6. Declaración del origen de los dineros/ fondos:** En esta casilla se expresa el origen de los fondos de quien diligencia el formato. Declarando que los bienes provienen de actividades lícitas.

**7. Documentos requeridos:** de acuerdo a la calidad del cliente o contraparte se aporta lo solicitado, Los soportes del formulario del cliente se toma como base en la información reportada.

**8. Autorización reporte y consulta a las entidades de riesgo:** En esta casilla se faculta a la ESE para efectuar las respectivas consultas, reportes, compartir información contenida en la base de datos financiera crediticia comercial y de servicios, de las entidades de control y de otros países (listas restrictivas)

**9. Consideraciones:** En este párrafo se presentan las disposiciones de ley, que se tuvieron en cuenta para la formulación y elaboración del formato.

**9.1 Autorización:** A través de esta autorización la ESE queda facultada para:

1. Finalidad del tratamiento de los datos personales

Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

- El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios.
- El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos.
- La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- El control y la prevención del riesgo.
- La liquidación y pago de cuentas.
- Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 14 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.

l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

## 2. Tratamiento

El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

## 3. Usuarios de la información

Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a:

a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros.

c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios.

d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.

e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

## 4. Transferencia internacional de información a terceros países

Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

## 5. Datos sensibles

Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por lo cual se efectúa la siguiente declaración así: “Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas”.

**FUENTE: LEY 1581 DE 2012**

## 6. Datos personales de niñas, niños y adolescentes

En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 15 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

## FUENTE: LEY 1581 DE 2012

### 7. Derechos del titular de la información

Sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley, en el Tratamiento se requiere la autorización previa e informada del Titular, la cual deberá ser obtenida por cualquier medio que pueda ser objeto de consulta posterior.

Se efectúa la siguiente declaración así: “Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí”.

### 8. Responsables y encargados del tratamiento de la información

Los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

### 9. Autorización

Por medio de esta de manera expresa, se autoriza a la Subred Norte para el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para Las finalidades y en los términos que fueron informados en el presente documento.

**10. Firma y huella:** Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original al igual que la huella.

### 11. Información Entrevista:

1. Ciudad y fecha: en esta casilla se plasma lo solicitado, en la fecha en que se está efectuando el proceso de entrevista.

2. Nombre del funcionario o asesor: Es la persona que lleva a cabo dicha actividad

3. Lugar de entrevista: Donde se efectúa el proceso

4. Observaciones: análisis de la información registrada en el formulario

5. Resultado de la entrevista

6. Firma y cédula

Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original.

**12. Verificación de la información:** Esta sección es de obligatorio cumplimiento ya que, por medio de esta se verifica lo registrado en el formulario

|                                                                                   |                                                                                                |  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
|  | INSTRUCTIVO<br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br/>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> |  | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                |  | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                       |  | PÁGINA : 16 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                |  | FECHA :24/10/2018     |

## Formulario persona Jurídica

|                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| FECHA:                                                                                                                                    |                                                         | CIUDAD:                                                                                                                |                                                         | DEPARTAMENTO:                                                                  |                                                         |
| <b>1. CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)</b>                                                                        |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| <input type="checkbox"/> ASEGURADOR                                                                                                       | <input type="checkbox"/> PROVEEDOR                      | <input type="checkbox"/> CONTRATISTA                                                                                   | <input type="checkbox"/> PARTICULAR                     | <input type="checkbox"/> OTRO                                                  | CUAL:                                                   |
| <b>2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA</b>                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| RAZON SOCIAL                                                                                                                              |                                                         | PRIMER APELLIDO                                                                                                        |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                                                               | NIT                                                     |
| REPRESENTANTE LEGAL:                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                | NOMBRES                                                 |
| CEDULA DE CIUDADANÍA                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                | NUMERO:                                                                                                                | LUGAR DE EXPEDICION:                                    |                                                                                | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                           |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                | NUMERO:                                                                                                                | LUGAR DE EXPEDICION:                                    |                                                                                | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                           |
| FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD                                                                                                               | LUGAR NACIMIENTO                                        |                                                                                                                        | DEPARTAMENTO                                            | NACIONALIDAD (1)                                                               | NACIONALIDAD (2)                                        |
| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL                                                                                                             |                                                         | CIUDAD                                                                                                                 | DEPARTAMENTO                                            | PAIS                                                                           | TELEFONO/FAX                                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                       |                                                         | PORTAL/PAGINA INTERNET:                                                                                                |                                                         |                                                                                |                                                         |
| DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA                                                                                                                |                                                         | CIUDAD                                                                                                                 | DEPARTAMENTO                                            | PAIS                                                                           | TELEFONO/FAX                                            |
| <b>TIPO DE EMPRESA</b>                                                                                                                    |                                                         | <b>ACTIVIDAD ECONOMICA</b>                                                                                             |                                                         |                                                                                |                                                         |
| <input type="checkbox"/> PUBLICA                                                                                                          | <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL                     | <input type="checkbox"/> AGRICOLA                                                                                      | <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE SALUD             | CUAL: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> |                                                         |
| <input type="checkbox"/> MIXTA                                                                                                            | <input type="checkbox"/> COMERCIAL                      | <input type="checkbox"/> FARMACEUTICA                                                                                  | <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS          |                                                                                |                                                         |
| <input type="checkbox"/> PRIVADA                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ASEGURADOR                     | <input type="checkbox"/> TRANSPORTES                                                                                   | <input type="checkbox"/> OTRA,                          |                                                                                |                                                         |
| <input type="checkbox"/> EXTRANJERA                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SERVICIOS                      |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE                                                                                                        | (SI) <input type="checkbox"/>                           | (SI) <input type="checkbox"/>                                                                                          | (SI) <input type="checkbox"/>                           | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA                                               |                                                         |
|                                                                                                                                           | (NO) <input type="checkbox"/>                           | (NO) <input type="checkbox"/>                                                                                          | (NO) <input type="checkbox"/>                           | PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> SECUNDARIA: <input type="checkbox"/>       |                                                         |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | AGENTE RETENEDOR                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | AGENTE AUTORETENEDOR                                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>3. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)</b>                                                                                |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS                                                     |                                                         |                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                |                                                         |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO                                                                       |                                                         |                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                |                                                         |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL                                                              |                                                         |                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                |                                                         |
| ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA                                                             |                                                         |                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                |                                                         |
| Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:                                                   |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| <b>III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION</b> |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)                                                                                | % PARTICIPACION                                         | TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                 |                                                         | NUMERO IDENTIFICACION                                                          |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                                         |                                                                                |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                                         |                                                                                |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                                         |                                                                                |                                                         |
|                                                                                                                                           |                                                         | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                                         |                                                                                |                                                         |
| <b>4. INFORMACION FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)</b>                                                                               |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                          |                                                         | ACTIVOS TOTALES                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                       |                                                         | PASIVOS TOTALES                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                           |                                                         | PATRIMONIO                                                                                                             |                                                         |                                                                                |                                                         |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES                                                                                                        |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:                                                                                                       |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:                                                                                                        |                                                         |                                                                                                                        |                                                         |                                                                                |                                                         |

|                                                                                   |                                                                                                             |  |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> |  | <b>CÓDIGO: AP-GF-I-08-01</b> |
|                                                                                   |                                                                                                             |  | <b>VERSIÓN :1</b>            |
|                                                                                   | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E</b><br><b>GESTIÓN FINANCIERA</b>                      |  | <b>PÁGINA : 17 DE 19</b>     |
|                                                                                   |                                                                                                             |  | <b>FECHA :24/10/2018</b>     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| <b>REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| IMPORTACIONES <input type="checkbox"/><br>OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/><br>PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EXPORTACIONES <input type="checkbox"/><br>LEASING <input type="checkbox"/><br>PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA <input type="checkbox"/> | INVERSIONES <input type="checkbox"/><br>SERVICIOS <input type="checkbox"/><br>OTRA <input type="checkbox"/> | REDESCUENTO <input type="checkbox"/> | Especifique cual: <input type="text"/> |             |               |
| <b>TIPO PRODUCTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>NO DEL PRODUCTO</b>                                                                                                                | <b>ENTIDAD</b>                                                                                              | <b>MONTO OPERACIÓN</b>               | <b>CIUDAD</b>                          | <b>PAIS</b> | <b>MONEDA</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| <b>6. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE</b> , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| 1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):<br>2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.<br>3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.<br>4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.<br>5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.<br>6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)<br>7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.<br>8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.<br>9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.<br>10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.<br>11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| <b>7. DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| 1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Camara de Comercio.<br>2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.<br>3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.<br>4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.<br>5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.<br><b>APODERADO</b><br>Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| <b>8. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| 1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.<br>2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.<br>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.<br>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |
| <b>9.1. AUTORIZACION</b><br>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (Sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.<br><b>Declaro expresamente:</b><br>*Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.<br>*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:<br><b>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:</b> Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.<br><b>2. TRATAMIENTO:</b> El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.<br><b>3. USUARIOS DE LA INFORMACION:</b> Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.<br><b>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:</b> Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. |                                                                                                                                       |                                                                                                             |                                      |                                        |             |               |

|                                                                                   |                                                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO</b><br><b>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                             | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                                    | PÁGINA : 18 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                             | FECHA :24/10/2018     |

**5. DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

**6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **9.AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

| 10. FIRMA Y HUELLA                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA. EN TODAS SUS PARTES |                                                                      |  |  |
|                                                                                                     |                                                                      |                                                                                     |  |
| Firma Cliente / Representante Legal                                                                                                                                                   |                                                                      | Huella Índice Derecho                                                               |  |
| 11. INFORMACION DE ENTREVISTA                                                                                                                                                         |                                                                      | 12. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION                                      |  |
| 1. Ciudad y fecha                                                                                                                                                                     |                                                                      | 1. Ciudad y fecha                                                                   |  |
| 2.Nombre del funcionario o Asesor:                                                                                                                                                    |                                                                      | 2. Nombre y Cargo de quien verifica:                                                |  |
| 3. Lugar de la Entrevista:                                                                                                                                                            |                                                                      | 3. Lugar de la verificación:                                                        |  |
| 4. Observaciones:                                                                                                                                                                     |                                                                      | 4. Observaciones:                                                                   |  |
| 5. Resultado de la Entrevista:                                                                                                                                                        | ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> |                                                                                     |  |
| 6. Firma y Cédula                                                                                                                                                                     |                                                                      | 5. Firma y cédula:                                                                  |  |

### 3.2. Seguimiento.

\* En el área respectiva reposara copia del formato diligenciado como soporte de los procedimientos efectuados.

\* Se enviara copia escaneada a la Dirección financiera-SARLAFT, correo sarlaft@esechapinero.gov.co, para que haga parte del archivo.

\* El seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento de formato es de responsabilidad de cada una de las áreas involucradas. Se reportara al área de SARLAFT para su conocimiento y se realizarán las auditorias correspondientes a la validación de la información reportada por las personas naturales y jurídicas.

|                                                                                   |                                                                                                 |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>INSTRUCTIVO<br/>DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br/>PERSONA NATURAL Y JURÍDICA</b> | CÓDIGO: AP-GF-I-08-01 |
|                                                                                   |                                                                                                 | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN FINANCIERA                        | PÁGINA : 19 DE 19     |
|                                                                                   |                                                                                                 | FECHA :24/10/2018     |

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Curso: Lo que debe saber sobre el lavado de activos- Curso e-learning- IUAF.
2. Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud
3. Ley Estatutaria 1581 de 2012
4. Manual de Procedimientos para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

| CONTROL DEL DOCUMENTO |            |                                |                                                     |
|-----------------------|------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Versión               | Fecha      | Descripción de la modificación | Realizada por                                       |
| 1                     | 24/10/2018 | Creación                       | Nombre: Diana Camelo<br>Cargo: Directora Financiera |

| Elaboró:                    | Revisó:                         | Aval técnico de normalización:     | Aprobó:                                                         |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Nombre: Diana Camelo        | Nombre: María Eugenia Rodríguez | Nombre: Martha Ligia Castillo Díaz | Nombre: Yidney Isabel García Rodríguez                          |
| Cargo: Directora Financiera | Cargo: Jefe Oficina de Calidad  | Cargo: Líder Gestión Documental    | Cargo: Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE |

|                         |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|
| <b>ORIGINAL FIRMADO</b> |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|